

特定健康診査受診票（稲沢市国民健康保険）

(住所) 稲沢市	整理番号	No.
	医療機関名 及び医師名	
	健診受診日	令和 年 月 日
(氏名) ふりがな	性別	1 男 2 女
	生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)

☆ 該当する項目に○をお付けください。(すべてご記入ください。いいえの場合でも必ずご記入ください。)

1	現在 a～cの薬を 使用していますか。	a 血圧を下げる薬	必 須	① はい	② いいえ
		b インスリン注射又は血糖を下げる薬		① はい	② いいえ
		c コレステロールや中性脂肪を下げる薬		① はい	② いいえ
2	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。			① はい	② いいえ
3	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。			① はい	② いいえ
4	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。			① はい	② いいえ
5	医師から、貧血といわれたことがある。			① はい	② いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、たばこを習慣的に吸っている者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	必 須	①はい（条件1と条件2を両方満たす）		
			②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）		
			③いいえ（①②以外）		
7	20歳の時の体重から、10kg以上増加している。			① はい	② いいえ
8	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。			① はい	② いいえ
9	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。			① はい	② いいえ
10	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。			① はい	② いいえ
11	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。				
		① 何でもかんで食べることができる			
		② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある			
		③ ほとんどかめない			
12	人と比較して食べる速度が速い。			①速い	②普通 ③遅い
13	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。			① はい	② いいえ
14	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々			
		③ほとんど摂取しない			
15	朝食を抜くことが週に3回以上ある。			① はい	② いいえ
16	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	①毎日 ②週5～6日			
		③週3～4日 ④週1～2日			
		⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満			
		⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）			
17	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合			
		③2～3合 ④3～5合			
		⑤5合以上			
18	睡眠で休養が十分とれている。			① はい	② いいえ
19	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。				
		① 改善するつもりはない			
		② 改善するつもりである（概ね6か月以内）			
		③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている			
		④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）			
		⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）			
20	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。			① はい	② いいえ

すべてご記入ください。記入漏れがないか最後に確認をお願いします。